

Russian

For FIELD-BASED SERVICES ONLY
Los Angeles County - Department of Mental Health

Family Survey
(0 - 17 Years Old)

Помогите, пожалуйста, нашей организации улучшить качество услуг, ответив на некоторые вопросы. Ваши ответы будут сохранены в конфиденциальности и не повлияют на нынешние или будущие услуги, которые вы получаете или будете получать. При ответе на каждый вопрос, приведенный внизу, закрасьте кружок, соответствующий вашему выбору. Просьба полностью закрашивать кружок.

ПРИМЕР: ● Правильно ⊗ ⊘ ⊙ Неправильно

		Совсем не согласен	Не согласен	Нейтрален	Согласен	Полностью согласен	Не применимо
1	Я знал(а), что у моего ребенка было с кем поговорить, когда он / она был(а) обеспокоен(а).	<input type="radio"/>					
2	Местоположение предоставления услуг было удобным для нас.	<input type="radio"/>					
3	Услуги предоставлялись в удобное для нас время.	<input type="radio"/>					
4	Работники проявляли деликатность к моему культурному / этническому происхождению.	<input type="radio"/>					
5	Отношения моего ребенка с членами семьи стали лучше.	<input type="radio"/>					
6	Успехи моего ребенка в школе и / или на работе стали лучше.	<input type="radio"/>					
7	В критической ситуации я получу необходимую мне помощь от родных или друзей.	<input type="radio"/>					

Дата рождения (месяц-день-год)						
Month		Date		Year		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	9	<input type="text"/>

Какой вы расы?			
(просьба отметить все, что к вам относится).			
<input type="radio"/>	Американский индеец / Уроженец Аляски	<input type="radio"/>	Уроженец Гавайев / других островов Тихого Океана
<input type="radio"/>	Азиат	<input type="radio"/>	Белый(ая)
<input type="radio"/>	Африканского происхождения	<input type="radio"/>	Иное
		<input type="radio"/>	Неизвестно

Какой у вас пол?	
<input type="radio"/>	Женский
<input type="radio"/>	Мужской
<input type="radio"/>	Иное

Вы мексиканского / испанского / латиноамериканского происхождения?	
<input type="radio"/>	Да
<input type="radio"/>	Нет
<input type="radio"/>	Неизвестно

FOR OFFICE USE ONLY

Client MIS/IS Number						
<input type="text"/>						

Clinic IS Number			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Service Area
<input type="text"/>

Reason	
<input type="radio"/>	REFUSED
<input type="radio"/>	IMPAIRED
<input type="radio"/>	LANG
<input type="radio"/>	OTHER

MAY 2009
 F RU